

PATVIRTINTA

Sveikatos apsaugos ministro

2011 m. *1000 2* įsakymu Nr. *2021*

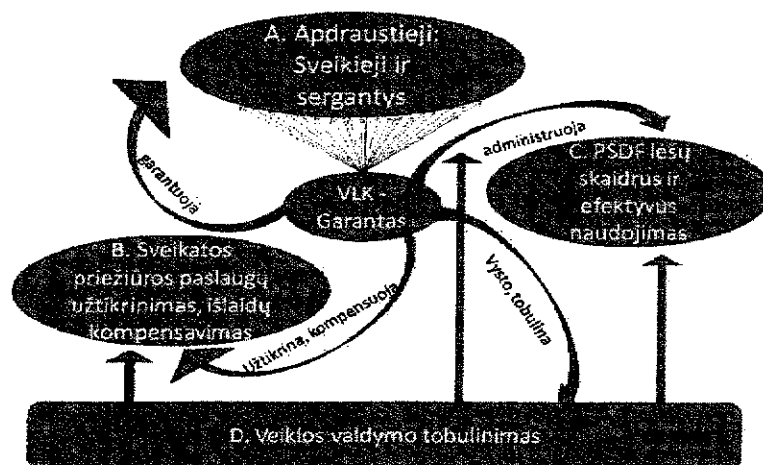
VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

2011 – 2013-ŪJŲ METŲ STRATEGINIS VEIKLOS PLANAS

MISIJA

„Valstybinė ligonių kasa – sveikųjų ir sergančiųjų garantas – užtikrina apdraustųjų sveikatos priežiūrą, kompensuodama jos išlaidas, skaidriai ir efektyviai naudodama lėšas“.

Misijos vaizdinė schema



Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau –VLK) neteikia sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau garantuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, kompensuodama jų išlaidas.

- VLK apmokėdama išlaidas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir tokiu būdu įtakodama ir formuodama sveikatos politiką, užtikrina apdraustiesiems sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę, skatina naujų paslaugų diegimą, pažangių technologijų plėtrą, ligų prevenciją, racionalų ir tinkamą vaistų vartojimą, siekia glaudesnio bendradarbiavimo su paslaugų tiekėjais.

- Pagrindinis VLK vykdomos veiklos naudos gavėjas – apdraustieji, tiek sergantys, tiek sveikieji. Atstovaudama apdraustųjų interesus VLK siekia didesnio visuomenės informuotumo apie privalomojo sveikatos draudimo naudą, komunikavimo, dialogo vystymo, viešojo administravimo paslaugų (tame tarpe ir e. paslaugų) plėtojimo. Teikiant kuo daugiau viešųjų paslaugų taupomas apdraustųjų ir draudžiamųjų laikas, pinigai, sudaroma galimybė patogesniu būdu gauti reikiamą paslaugą. VLK siekia mokėti sveikatos paslaugų teikėjams tik už geros kokybės paslaugas,

užtikrina, kad visiems bus suteikta paslaugų tiek, kiek reikės, nepriklausomai nuo sumokėtos į PSDF biudžetą lėšų sumos (tuo būdu įgyvendinamas solidarumo principas).

- Skaidriai ir efektyviai naudojant Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšas – diegti efektyvesnes lėšų panaudojimo formas, skatinti sveikatos sistemos efektyvumą, siekti kuo daugiau kokybiškų paslaugų už tas pačias lėšas, skatinama tiekėjų konkurencija ir užtikrinamas skaidrus PSDF biudžeto lėšų naudojimas, didėja kompensuojamųjų paslaugų paketas ir nauda, kurią gauna apdraustieji. Žodis „skaidriai“ pabrėžia, jog naudojant lėšas užtikrinamas viešumas ir užkertamas kelias korupcijai.

- Nuolatinis VLK vykdomos veiklos valdymo tobulinimas užtikrina, efektyvų PSDF biudžeto lėšų panaudojimą ir didesnės vertės visuomenei sukūrimą, veiklos rezultatyvumą, vykdomų darbų ir moralinės atsakomybės už pasiektus rezultatus prisiėmimą.

VEIKLOS KONTEKSTAS

Aplinkos analizės esminės išvados:

1. Pagrindinės problemos;

Pagrindinės problemos, su kuriomis VLK šiuo metu tenka susidurti: sudėtinga šalies ekonominė situacija, didėjantis nedarbas, emigracija, blogėjantys demografiniai rodikliai.

Šių veiksnių įtaka VLK veiklai yra ypač stipri, nors pati institucija tiesiogiai jų įtakoti negali. Pavyzdžiui, dėl ekonominės krizės paskutinius dvejus metus mažėjo PSDF biudžeto pajamos (2008 m. – 4,584 mlrd. Lt; 2009 m. – 4,468 mlrd. Lt, 2010 m. – 4,005 mlrd. Lt). Nedarbas ir emigracija taip pat turi tiesioginę įtaką PSDF biudžeto lėšų surinkimui (kuo didesnis nedarbas, tuo mažiau lėšų surenkama į PSDF biudžetą, kuo didesnė emigracija, tuo mažesnis mokesčių mokėtojų skaičius, tuo mažesnės PSDF biudžeto pajamos).

2. Iššūkiai;

Finansinio sveikatos sistemos tvarumo užtikrinimas – svarbus iššūkis. Finansiniam sveikatos sistemos tvarumui užtikrinti būtina subalansuoti PSDF biudžetą: PSDF biudžeto išlaidos negali viršyti pajamų. Iššūkiu šis uždavinys yra tapęs todėl, jog kaskart, siekiant subalansuoti PSDF biudžetą, tenka mažinti apmokėjimo už suteikiamas paslaugas balą ir iš naujo peržiūrėti prioritetus: kam lėšų reikia sumažinti daugiau, kam mažiau; kam lėšų apskritai mažinti negalima.

Pasitikėjimo privalomojo sveikatos draudimo sistema didinimas – naujas VLK iššūkis. Šiuo metu pasitikėjimas – tai bendras visos institucijos darbo vaisius, kuris pasiekiamas ilgu ir pastoviu kasdieniu darbu, vystant bendradarbiavimą su apdraustaisiais, garantuojant sveikatos priežiūros paslaugas, tobulinant vykdomos veiklos procesus, efektyviai valdant finansinius išteklius ir t.t. Tikimasi, jog ateityje VLK pradės vykdyti kryptingą veiklą, skirtą išimtinai pasitikėjimo privalomojo sveikatos draudimo sistema didinimui. Dabar tokią veiklą plėtoti trukdo šiuo metu skiriamas nepakankamas dėmesys ir finansavimas.

Naujos bazinių kainų skaičiavimo metodikos, giminingų diagnozių grupių (toliau – DRG) sistemos diegimas – kitas svarbus institucijos iššūkis. Iššūkiu laikomas ir pats diegimo procesas,

kuris yra labai sudėtingas ir paliečia visas asmens sveikatos priežiūros įstaigas (toliau – ASPĮ) bei jų informacinių sistemų pertvarkymą ir trumpas laikas, skirtas šiam darbui atlikti.

3. Pokyčiai;

Privalomojo sveikatos draudimo (toliau – PSD) sistemos mastas yra didelis, vyksta gausūs ir įvairūs pokyčiai. Kaip esminį PSD sistemos pokytį, turėjusį apčiuopiamos įtakos VLK veiklai, šiuo metu galime išskirti privalomojo sveikatos draudimo įmokos atskyrimą nuo gyventojų pajamų mokesčio. VLK veikla yra įvairialypė, mastai taip pat dideli. Didelės reikšmės VLK veiklai ir jos rezultatams turėjo kokybės vadybos sistemos įdiegimas.

4. Atsakingų institucijų pajėgumas spręsti kylančius uždavinius;

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, VLK ir teritorinės ligonių kasos (TLK). Visos šios institucijos iš esmės vykdo skirtingas savarankiškas funkcijas, kurių neatlieka kitos institucijos.

- Organizacinė ligonių kasų struktūra

Šiuo metu VLK veikia 4 departamentai ir 10 jų pavaldume esančių skyrių, bei 9 skyriai neįeinantys į departamentų struktūrą, 5 teritorinės ligonių kasos.

Pareigybės. Pastaruosius tris metus stebima darbuotojų mažėjimo tendencija, vidutiniškai po 10 darbuotojų kasmet. Didžiausias leistinas valstybės tarnautojų ir darbuotojų, dirbančių pagal darbo sutartis, pareigybių skaičius VLK yra 137, o VLK pavaldžiose įstaigose (TLK) – 336¹.

Kvalifikacija. Vyksta nuolatinis darbuotojų kvalifikacijos kėlimas ir tobulinimas. 2009 metais 84 VLK darbuotojai papildomai dalyvavo įvairiuose mokymuose ir kvalifikacijos tobulinimuose. Bendra pastarųjų išklaustyti mokymų trukmė - 2741 val.². 2010 m. pradžioje VLK dirbo 131 žmogus (1 įstaigos vadovas, 72 karjeros valstybės tarnautojai ir 58 darbuotojai), iš kurių 110 turėjo aukštąjį universitetinį, 1 – aukštąjį neuniversitetinį, 10 – aukštesnįjį, 3 – vidurinį profesinį, 6 – vidurinį³ išsilavinimą.

Vertinat Privalomojo sveikatos draudimo valdymą ir ligonių kasų sistemos veiklą pripažįstame nuolatinio gerinimo poreikį. Pastaruoju metu įgyvendinama nemažai iniciatyvų, susijusių su ligonių kasų veiklos unifikavimu, geresniu teritorinių ligonių kasų veiklos koordinavimu, suinteresuotųjų šalių didesniu įtraukimu į sprendimų priėmimą, didesniu viešumu ir atskaitomybe visuomenei. 2011 m. bus atliekama PSD vykdančių institucijų veiklos analizė siekiant atskirti politiką formuojančių ir įgyvendinančių institucijų funkcijas.

5. Kaip Vyriausybės ir/ar ministerijos prioritetai įtakoja institucijos veiklą.

VLK yra viena iš daugelio sveikatos sistemos dalyvių. Vyriausybės bei Sveikatos apsaugos ministerijos veiklos kryptys, nuostatos ir prioritetai tiesiogiai įtakoja VLK veiklą. VLK privalo

¹ Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 19 d. nutarimo Nr. 1641 „Dėl didžiausio leistino valstybės tarnautojų ir darbuotojų, dirbančių pagal darbo sutartis ir gaunančių darbo užmokestį iš valstybės biudžeto ir valstybės pinigų fondų, pareigybių skaičiaus patvirtinimo“ pakeitimo, 2009 m. kovo 4 d., Nr. 172, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas.

² *Mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo ataskaita*, institucija: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, periodas: 2009.01.01 – 2009.12.31, Valstybės tarnautojų registras, (žiūrėta 2010 m. kovo 29 d.).

³ *Ataskaita apie valstybės tarnautojų ir darbuotojų, dirbančių pagal darbo sutartį, išsilavinimo lygį*, institucija: Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, data: 2010-03-29, Valstybės tarnautojų registras, (žiūrėta 2010 m. kovo 29 d.).

įgyvendinti visas Vyriausybės programoje, Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose ir kituose dokumentuose numatytas PSD liečiančias priemones ir uždavinius, todėl planuodama savo veiklą, ateities perspektyvas, atsižvelgia į minėtų ir kitų dokumentų nuostatas.

Programos indėlis įgyvendinant LR Vyriausybės 2011 m. veiklos prioritetus.

Prioritetų kryptis 2.1. Valstybės lėšų naudojimo racionalizavimas įgyvendinant struktūrinės švietimo, sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos reformas, efektyvus valstybės turto valdymas:

- Pradėtas bandomasis aktyvaus gydymo stacionariųjų paslaugų grupavimas pagal giminingų diagnozių grupių (DRG) sistemą;

- Atliktas apmokėjimo pagal giminingų diagnozių grupių sistemą poveikio asmens sveikatos priežiūros įstaigų biudžetams modeliavimas;

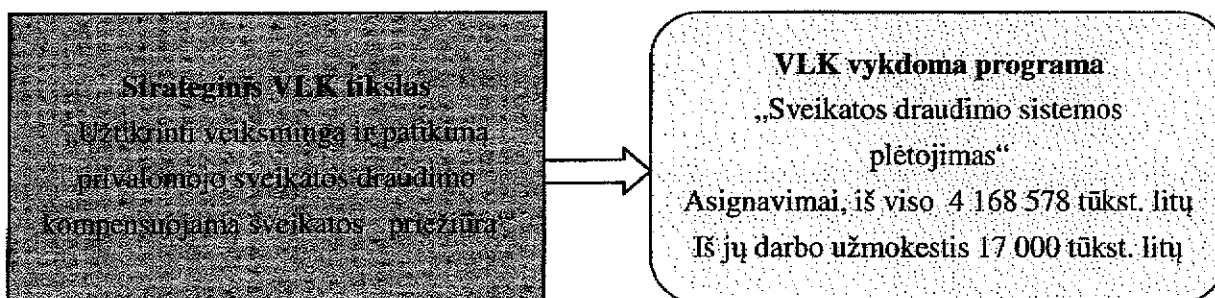
- Grupuojamos aktyvaus gydymo stacionarinės paslaugos ir visiškai pasirengta nuo 2012 m. sausio 1 d. apmokėti aktyvaus gydymo stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal giminingų diagnozių grupių (DRG) sistemą šalies mastu.

Prioritetų kryptis 4.4. Struktūrinė sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinės apsaugos sričių pertvarka siekiant geresnės paslaugų kokybės:

- Įteisintas mokėjimas šeimos gydytojams už praktikoje taikomus gerus darbo rodiklius, susijusius su sergančiųjų lėtinėmis ligomis siuntimu konsultuotis ir gydytis stacionare.

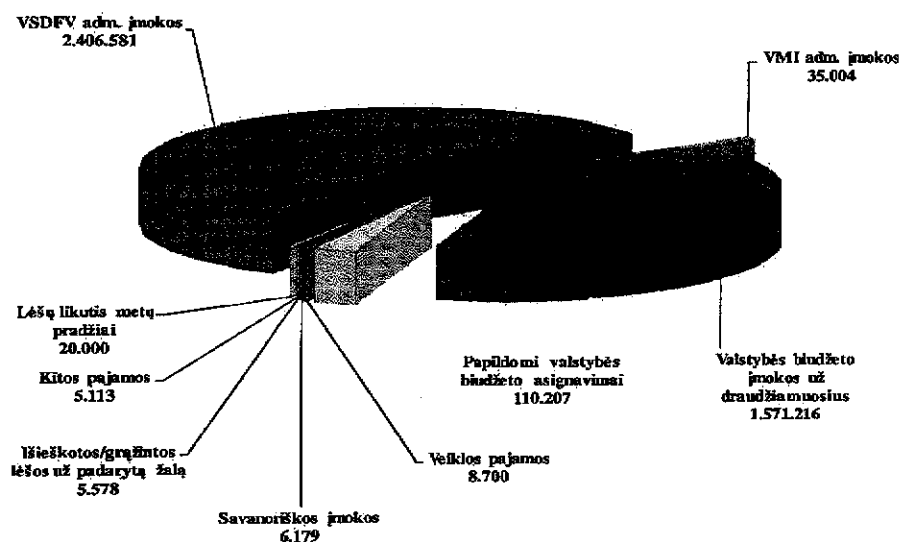
VLK VEIKLOS STRATEGIJA

Siekiama užtikrinti sklandų, teisingą sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, kuris sudarytų sąlygas paslaugų teikėjams gauti deramą, atitinkantį darbo sąnaudas ir kvalifikaciją, atlygį bei teikti reikalingą visuomenei kiekį saugių, aukštos kokybės paslaugų, kurios būtų gyventojams lengvai prieinamos. Apdraustieji galės jaustis saugūs, žinodami, kad pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos bus visada pasiekiamos, veiksmingos ir patikimos, už jas bus teisingai kompensuota, o susirgus neteks patirti katastrofinių sveikatos priežiūros išlaidų. Nuolat gerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, mažės jų vartojimo netolygumai, didės teikiamų paslaugų įvairovė. Tai didins gyventojų pasitikėjimą PSD sistema. Žmonės noriau mokės PSD įmokas ir kitus mokesčius, žinodami, kad tai jiems naudinga, kad už įmokėtus pinigus pagrindines sveikatos priežiūros paslaugas gaus ne tik jie patys, bet ir jų nepilnamečiai vaikai ir jau nedirbantys tėvai, kurie patys negali susimokėti už jiems reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas. VLK užtikrina finansinį sveikatos sistemos tvarumą, subalansuodama biudžetą per vidutinės trukmės laikotarpį, esant bet kokiai ekonominei, politinei, socialinei padėčiai, įskaitant sunkmečio laikotarpius valstybėje.



2011 m. PSDF biudžeto pajamų struktūra, tūkst. Lt

iš viso pajamų: 4 168 578 tūkst. Lt



1 lentelė. 2011 – 2013-ųjų metų programų asignavimai ir valdymo išlaidos

(tūkst. litų)

Eil. Nr.	Programos pavadinimas	2011-ųjų metų asignavimai				Numatomi 2012-ųjų metų asignavimai				Numatomi 2013-ųjų metų asignavimai			
		iš viso	iš jų			iš viso	iš jų			iš viso	iš jų		
			iš viso	išlaidoms			iš viso	išlaidoms			iš viso	išlaidoms	
				iš jų darbo užmokesčiui	turtui įsigyti			iš viso	iš jų darbo užmokesčiui			turtui įsigyti	iš viso
1.	„Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas“	4168578	4133976	17000	17602	4463617	4424168	18000	21449	4646722	4607273	18000	21449
	iš jų valdymo išlaidos	52035	17433	17000	17602	57605	18156	18000	21449	57605	18156	18000	21449
	Valdymo išlaidų dalis, procentais	1,25				1,29				1,24			

[Handwritten signature]

STRATEGINIS TIKSLAS (01)

„Užtikrinti veiksmingą ir patikimą privalomojo sveikatos draudimo kompensuojamą sveikatos priežiūrą“

Strateginio tikslo įgyvendinimas bus vertinamas šiais vertinimo kriterijais:

Vertinimo kriterijaus kodas	Efekto vertinimo kriterijaus pavadinimas	2010-ųjų metų*	2011-ųjų metų	2012-ųjų metų	2013-ųjų metų
E-01-01	1. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas, mažinant vartojimo netolygumus (vienetais)	1,0**	0,3	0,2	0,2
E-01-02	2. Sveikatos priežiūros paslaugų kiekio didėjimas, prioritetą teikiant nestacionarinėms paslaugoms (procentais)	1,9***	1,2	1,0	1,0
E-01-03	3. Didėjantis gyventojų pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema (indeksas)	5,9	6,0	6,0	6,1
E-01-04	4. PSDF biudžeto subalansavimo per vidutinės trukmės laikotarpį užtikrinimas (procentais)	100	100	100	100

* Prognozė

** 2009 m. pradinė reikšmė – 12,2 paslaugos 100 gyventojui

*** 2009 m. pradinė reikšmė – 8 100 (tūkst.) paslaugų

Strateginio tikslo įgyvendinimui numatoma vykdyti vieną programą.

SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS PLĖTOJIMAS (06)**Bendroji informacija apie programą**

Programos parengimo argumentai:

– ligonių kasos yra vienintelis Privalomojo sveikatos draudimo fondo administratorius, todėl joms tenka prievolė garantuoti apdraustiesiems sveikatos priežiūrą kompensuojant jos išlaidas, palaikyti ir plėtoti sveikatos draudimo sistemą;

– sveikatos santykiuose užtikrinamas mokesčių padalijimas visiems visuomenės nariams pagal jų pajamų dydį, tačiau paslaugų prieinamumas nesiejamas su asmens socialine kategorija;

– sukuriama vertė visuomenei;

– šia programa kryptingiau bus įgyvendinamas strateginis institucijos tikslas.

Atitikimas vidutinės trukmės planavimo dokumentams

Programa parengta atsižvelgiant į LRV programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2008-12-09 nutarimu Nr. XI-52 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, kuria

siekama esminių permainų sveikatos apsaugos, socialinės atskirties mažinimo, valstybės valdymo ir kovos su korupcija srityse.

Programa iš dalies įgyvendina LRV programoje numatytus Sveikatos sistemos pertvarkos tikslus:

- racionaliau valdyti ir finansuoti sveikatos sistemą siekiant pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę;
- sukurti draugišką ir į pacientą orientuotą sveikatos sistemą, užtikrinančią pagarbą paciento teisėms, paslaugų prieinamumą ir kokybę, įtraukiant visuomenę į sprendimų priėmimą;
- išgyvendinti iš sveikatos sistemos biurokratiją ir korupciją.

O taip pat LRV programoje numatytas Sveikatos sistemos politikos pagrindines strategines kryptis:

„708. Atliksime išlaidų, skirtų sveikatos prevencinėms programoms ir kitoms medicinos sritims, efektyvumo analizę. Atsižvelgdami į gautus duomenis, didinsime ir koncentruosime finansinius bei kitus išteklius toms sveikatos sritims, kurios gali efektyviausiai sumažinti žmonių sergamumo ir mirtingumo rodiklius.

710. Apskaičiuosime realius įkainius kaip pagrindinę prielaidą savanoriškam papildomam sveikatos draudimui įgyvendinti.

716. Siekdami įgyvendinti principą „pinigai seka paskui pacientą“, sukursime informacinę sistemą (sveikatos draudimo sąskaitą), kad kiekvienam mokesčių mokėtojui būtų lengvai prieinama informacija, kiek sveikatos draudimo įmokų jis sumokėjo ir kokią jų dalį panaudojo savo sveikatai.

744. Toliau kaip prioritetines plėtosime šeimos gydytojų, specializuotos ambulatorinės pagalbos, dienos chirurgijos, dienos stacionarų ir kitas ambulatorines paslaugas.

746. Peržiūrėsime greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo koncepciją.

747. Tobulinsime kompensuojamųjų ir receptinių vaistų kainodarą.“

Atitikimas trumpos trukmės planavimo dokumentams

Ši programa atitinka ir įgyvendina LRV 2010 m. prioritetus, patvirtintus LRV 2010-02-17 nutarimu Nr. 165 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 metų veiklos prioritetų“ – pacientams saugios ir geros kokybės paslaugos, šeimos gydytojo institucijos stiprinimas ir ambulatorinių paslaugų plėtojimas, papildomo (savanoriško) sveikatos draudimo įvedimas, bei LRV 2011 m. prioritetus patvirtintus LRV 2010-10-14 nutarimu Nr. 1448 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 metų veiklos prioritetų“ – modernus valstybės valdymas siekiant naujos paslaugų kokybės (lengvai prieinamos ir kiekvienam žmogui suprantamos informacijos apie paslaugas užtikrinimas, paslaugų prieinamumo didinimas ir kokybės gerinimas naudojant informacines ir ryšių technologijas, administravimo paslaugų efektyvumo didinimas ir visuotinis „Vieno langelio“ principo taikymas, struktūrinė sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinės apsaugos sričių pertvarka, siekiant geresnės paslaugų kokybės), kova su korupcija (užtikrinti priimamų teisinių sprendimų ir viešųjų finansų naudojimo skaidrumą ir viešumą).

Programa sprendžia su sveikatos priežiūros paslaugomis, kompensuojamomis PSDF biudžeto lėšomis, susijusius klausimus ir problemas.

Numatomas poveikis – tikimasi, kad įgyvendinant programą bus optimizuota sveikatos priežiūros paslaugų struktūra, padaugės efektyvių gydymo formų teikiamų gyventojams (specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo, trumpalaikio gydymo paslaugų), pagerės paslaugų prieinamumas, sumažės paslaugų vartojimo netolygumai, bus stiprinama pirminės sveikatos priežiūros grandis, pagerės šeimos gydytojų darbo rezultatai, sumažės pacientų mokamos priemokos už kompensuojamuosius vaistus dalis, pagerės ligonių kasų teikiamų viešojo administravimo paslaugų kokybė, padidės visuomenės informuotumas apie PSD sistemą, jos teikiamas galimybes ir naudą visai visuomenei ir kiekvienam žmogui, padidės PSDF biudžeto lėšų panaudojimo efektyvumas, pagerės ligonių kasų darbuotojų kompetencija ir administraciniai gebėjimai, padidės veiklos rezultatyvumas.

I Programos tikslas

Pirmas uždavinys

Įvykus draudiminiam įvykiui, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) kompensavimas.

Racionalizuojant sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą numatoma plėtoti ir artinti prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, tobulinti stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą. Taip pat numatoma gerinti pagyvenusių ir lėtinėmis ligomis sergančių žmonių sveikatos priežiūrą, plėtoti slaugos ir ilgalaikio gydymo paslaugų sistemą, didinti šių paslaugų apimtį ir tobulinti jų teikimo formas, optimizuoti reabilitacijos trukmę.

2011 m. toliau bus vykdomas stacionarinių paslaugų diferencijavimas, tobulinama stacionarinių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka. Taip pat planuojama:

- toliau diferencijuoti stacionarinių paslaugų apmokėjimą, leisti pačioms ASPĮ pasirinkti geriausiai tinkančią pacientui ir įstaigai paslaugos teikimo formą, skatinti ekonomiškai efektyvius paslaugų teikimo būdus, stacionarinių paslaugų išlaidas apmokėti vadovaujantis patvirtintais paslaugų teikimo bendraisiais ir specialiaisiais reikalavimais. Vykdam LR V nutarimu patvirtintą ASPĮ ir paslaugų trečiojo restruktūrizavimo etapo programą, numatoma plačiai paplitusias ligas gydyti gyventojams artimiausiose sveikatos priežiūros įstaigose, o naujausias technologijas koncentruoti universitetinėse ir kitose ligoninėse, kuriose gydoma daugiausia sudėtingomis ligomis sergančių pacientų;

- užtikrinti ambulatorinių specializuotų paslaugų optimizavimą, dienos chirurgijos, dienos stacionaro bei kitų ekonomiškai efektyvių paslaugų teikimo formų plėtrą mažinant stacionarinių paslaugų kiekį bei tobulinant prioritetinių paslaugų išlaidų apmokėjimą. Geresnis šių paslaugų prieinamumas lemia hospitalizacijos mažėjimą (mažiau ligonių siunčiama į stacionarą tirti ir gydyti);

- optimizuoti medicininės reabilitacijos trukmę, tobulinti indikacijų sąrašą;
- analizuoti ir kontroliuoti teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį ir kokybę;

Almas

- stiprinti šeimos gydytojo instituciją, įdiegiant papildomą mokėjimą už prisirašymą prie šeimos gydytojo, plečiant apmokėjimą už naujus gerus darbo rezultatų rodiklius.

Ligoninių sektoriaus struktūriniai pokyčiai sietini su minėtų pažangių veiklos formų – dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų bei paslaugų, teikiamų ambulatorinėmis sąlygomis, slaugos paslaugų diegimu ir plėtojimu. Todėl 2011 m. toliau bus plėtojama nauja pažangi arti paciento gyvenamosios vietos teikiama dienos stacionaro paslauga – terapijos profilio paslauga, teikiama dienos stacionaro sąlygomis. Šių paslaugų diegimas ir plėtra ypač aktuali toms rajonų ligoninėms, kuriose vykdamas trečiąjį restruktūrizacijos etapą, buvo uždaryti neurologijos, gastroenterologijos, akušerijos, chirurgijos skyriai.

Siekiant daugiau suteikti medicininės reabilitacijos paslaugų planuojama ir toliau koreguoti medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo reikalavimus, optimizuojant šių paslaugų teikimo trukmę, daugiau paslaugų teikiant ambulatorinėmis sąlygomis, koreguojant indikacijų sąrašą.

Kontroliuojama, ar PSDF biudžeto lėšomis apmokamos suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus, taip pat – ar teisėtai išrašomi ir išduodami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės.

Įstaigų veikla kontroliuojama:

- a) pagal vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su ligonių kasomis, teikiamas ataskaitas;
- b) nagrinėjant apdraustųjų ir kitų asmenų skundus ir prašymus. Pasitvirtinus juose nurodytiems faktams, imamasi priemonių trūkumams pašalinti;
- c) atliekant kontroliuojamųjų įstaigų teikiamų paslaugų planinę ir neplaninę kontrolę.

Siekiant įvertinti TLK veiklos efektyvumą 2011 m. tikrinant ASPĮ ir toliau bus taikomas rizikos įvertinimo metodas. Šio metodo taikymas leidžia pačioms ASPĮ ir TLK vertinti neatitikčių tikimybę bei galimą žalą PSDF biudžetui.

Siekama, kad kiekviena ASPĮ būtų kontroliuojama ne rečiau kaip kas 3 metus, o kiekviena vaistinė, turinti unikalų ID kodą informacinėje sistemoje „SVEIDRA“, būtų kontroliuojama ne rečiau kaip kas 5 metus.

Nuo 2007 m. renkami duomenys apie eiles pas gydytojus specialistus. Fiksuojama trumpiausia eilė pas gydytoją specialistą – trumpiausias laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos pageidaujama asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta, ir ilgiausia laukimo eilėje trukmė – laikotarpis nuo paciento užsiregistravimo ASPĮ dienos pageidaujama asmens sveikatos priežiūros paslaugai gauti pas specialistą, pas kurį yra ilgiausia eilė, iki artimiausios dienos, kada ši paslauga pacientui gali būti suteikta.

Vadovaudamasi šia tvarka TLK apibendrina ir susistemina ASPĮ surinktus praėjusiojo mėnesio duomenis ir iki einamojo mėnesio 10 d. paskelbia juos interneto tinklalapyje. Taip pacientui užtikrinama galimybė TLK interneto svetainėje rasti informaciją dviem būdais: pagal pasirinktą ASPĮ rasti duomenis apie ASPĮ teikiamas paslaugas, kurioms taikoma stebėseną, bei pagal pasirinktą paslaugą rasti visas ASPĮ, teikiančias šią paslaugą, paslaugos laukimo trukmę

minėtose ASPĮ, jų adresus, telefonus. Šią informaciją ASPĮ įpareigotos skelbti ir savo įstaigoje, pacientui prieinamoje vietoje.

2011 m. planuojama stiprinti šeimos gydytojo instituciją. Viena iš priemonių – motyvuoti šeimos gydytojus ir specialistus, teikiančius pirminės odontologinės pagalbos paslaugas, teikti daugiau ir kokybiškų paslaugų, nustatant gerų darbo rezultatų rodiklius. Šeimos gydytojai ir toliau bus skatinami už intensyvų profilaktinį darbą ir aktyvų prevencinių programų vykdymą. 2011 metais numatomas šeimos gydytojų finansinis skatinimas už prisirašiusių prie šeimos gydytojo, o ne prie komandos asmenų skaičių.

2009 metais sumažėjus PSDF biudžetui, iškilo problema, kaip subalansuoti PSDF biudžeto išlaidas, kad nemažėtų pacientams teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas. Nutarta kuo daugiau paslaugų teikti ambulatorinėmis sąlygomis, arčiau paciento gyvenamosios vietos, todėl prioritetas skirtas pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai – buvo nemažinamos lėšos, skirtos šeimos gydytojų skatinimui už gerus darbo rezultatus. Taip pat buvo skatinami šeimos gydytojai, aptarnaujantys kaimo rajonų gyventojus – jiems nemažintos priemokos už prisirašiusius prie šeimos gydytojo kaimo gyventojus.

TLK kasmet sudaro sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, jas vykdo ir atlieka priežiūrą, o VLK įgyvendina šio proceso stebėseną. TLK, sudarydama sutartis su pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, vadovaujasi savivaldybės patvirtintais plėtros planais, paslaugų teikėjo licencija bei patvirtinta pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarka. Remiantis šia tvarka be bazinio mokėjimo už įrašytus į aptarnaujamų gyventojų sąrašus asmenis buvo numatytas papildomas mokėjimas už suteiktas skatinamąsias paslaugas bei įvestas apmokėjimas už gerus darbo rezultatus. Įvertinus 2009 m. šeimos gydytojų gerų darbo rezultatų rodiklius, konstatuota, kad vaikų priežiūros intensyvumo rodiklis šalyje siekia 89 proc., o suaugusių – 63 proc. Be to, lėšos, skirtos šeimos gydytojams apmokėti už gerus darbo rezultatus, skatinamąsias paslaugas bei prevencinių programų vykdymą, 2009 m. sudarė net 17 proc. nuo visų lėšų, skirtų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimui.

Viena iš svarbiausių valstybės deleguotų TLK funkcijų – dantų protezavimo, kompensuojamo PSDF biudžeto lėšomis (toliau – dantų protezavimas), organizavimas. Šią funkciją ligonių kasos vykdo nuo 2006 metų. Kompensuojamasis dantų protezavimas teikiamas socialiai jautriausiems visuomenės nariams. Vykdamas dantų protezavimą, vadovaujantis 2005 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu, nebuvo nustatyta konkreti pinigų suma, už kurią būtų suteiktos dantų protezavimo paslaugos. Vykdamas dantų protezavimą tokiu principu, labai išaugo išlaidos vienam asmeniui. Dėl tos priežasties susidarė didelės laukiančiųjų dantų protezavimo eilės. 2009 m. buvo išleistas naujas sveikatos apsaugos ministro įsakymas, kuris nustatė konkrečią pinigų sumą, skiriamą vieno asmens dantų protezavimo paslaugai. Tai suteikia galimybę pasiekti tikslą – sutrumpinti dantų protezavimo paslaugų laukimo laiką. Numatyta galimybė asmenims dėl dantų protezavimo kreiptis ne tik į jų gyvenamoje savivaldybėje esančias, bet ir į kitas TLK veiklos zonos ASPĮ. Tokiu būdu dantų protezavimo paslauga laukimo laiko prasme tarsi priartinama prie

gyventojų. Sveikatos priežiūros įstaigos pasirinkimo galimybė įpareigoja ASPĮ teikti kuo kokybiškesnes paslaugas, nuo ko taip pat laimi pacientas.

Antras uždavinys

Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai. Ligai laiku užkirtus kelią išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Atlikus lėšų, skirtų sveikatos prevencinėms programoms, panaudojimo analizę ir įvertinus gautus duomenis, finansiniai ir kiti ištekliai bus koncentruojami tose sveikatos priežiūros srityse, kurios gali efektyviausiai sumažinti žmonių sergamumo ir mirtingumo rodiklius.

Šiuo metu vykdomos keturios onkologinių ligų prevencijos programos: moterims skirtos gimdos kaklelio ir krūties vėžio prevencinės programos, vyrams – priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos programa bei 2009 m. pradėta nauja programa – Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Aprėptis – tais metais planuojamos patikrinti tikslinės amžiaus grupės dalis.

2004 m. liepos mėnesį pradėta vykdyti Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa. 25-60 metų moterims sudaryta galimybė kas trejus metus nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio. Per penkerius su puse programos įgyvendinimo metų (2004 m. liepos mėn. – 2009 m.) dėl gimdos kaklelio vėžio pasitikrino daugiau kaip 627 tūkstančiai moterų: 298 moterims nustatyti gimdos kaklelio vėžio požymiai, 7 220 – ikivėžinės būklės. Vėžio registro duomenimis 2005 m. pirmą kartą Lietuvoje buvo nustatyta daugiau neinvazinio vėžio (Ca in situ) atvejų (517), nei invazinio (496), o 2009 m., kaip ir ankstesniais metais, ši tendencija išlieka, Ca in situ atvejų nustatyta 553, o Ca – 426.

2005 m. rugsėjo 23 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-729 buvo patvirtinta Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa. Atrankinis mamografinis tyrimas iš PSDF biudžeto apmokamas 50-69 metų moterims kas dvejus metus. Programos priemonėmis siekiama nustatyti kuo ankstesnės stadijos krūties susirgimus. 2009 m. daugiau kaip 57 tūkstančiai moterų pasinaudojo galimybe nemokamai pasitikrinti dėl krūties vėžio. Nuo 2006 m. gegužės iki 2010 m. piktybinio pobūdžio pakitimai nustatyti 478 moterims, 17 980 moterų buvo įtarti krūčių piktybinio pobūdžio pakitimais.

2005 m. gruodžio 14 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-973 buvo patvirtinta Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Programoje numatytos paslaugos apmokamos 50-75 metų vyrams bei vyrams nuo 45 metų, jei jų broliai ar tėvai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Remiantis Europos randomizuotosios studijos apie prostatos vėžio patikrą (ERSPC – European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) išvadomis, nuo 2009 m. liepos 1 dienos informavimo apie priešinės liaukos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir prostatos specifinio antigeno nustatymo paslauga bei urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslauga teikiama kas dvejus metus 2009 m. pasitikrino daugiau kaip 101 tūkst. vyrų. Nuo programos vykdymo pradžios 7254 vyrams nustatytas priešinės liaukos vėžys.

M...

Siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo ūminių širdies ir kraujagyslių ligų, 2005 m. lapkričio 25 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-913 buvo patvirtinta Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa. Programa skirta 40-55 metų vyrams bei 50-65 metų moterims. 2009 m. programos paslaugos buvo suteiktos daugiau kaip 109 tūkst. pacientų. 2009 m. padidėjo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių informavimo paslaugą, skaičius – 283, o 2008 m. šią paslaugą teikė 264 įstaigos. Taip pat gerinant programos išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos prieinamumą sudaromos sutartis su naujais šių paslaugų teikėjais (2008 – 6 įstaigos, 2009 m. – 8 įstaigos teikiančios šią paslaugą). 2009 m. net 5 kartus daugiau suteikta išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugos nei 2008 metais (2008 m. – 168, 2009 m. – 871).

Siekiant pagerinti ankstyvųjų storosios žarnos vėžio stadijų išaiškinamumą ir sumažinti mirtingumą nuo šios ligos, 2009 m. birželio 23 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-508 buvo patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa, kaip bandomasis projektas 2 metams Vilniaus ir Kauno apskrityse. Programos paslaugos teikiamos kas dveji metai 50-74 m. amžiaus asmenims. 2011 m. II-ą pusmetį, pasibaigus programos bandomojo projekto terminui, įvertinus programos vykdymą, bus sprendžiama dėl tolesnio programos vykdymo galimybės visoje šalyje.

Geras prevencinių programų finansavimo įsisavinimas dar nereiškia, kad visos prevencinės programos yra efektyvios, kad yra patenkinami visuomenės lūkesčiai. Nors programų dėka sumažėjo mirtingumas, pagerėjo diagnostika, bet iš esmės gaunama pridėtinė vertė nėra visiškai adekvati įdedamom lėšom. Dėl kai kurių prevencinių programų efektyvumo iki šiol vyksta mokslinės diskusijos, abejojama jų efektyvumu, teigiama, kad įdedamos lėšos švaistomos. Kitose ES šalyse analogiškos prevencinės programos duoda ženkliai didesnį efektą, mirtingumas nuo atitinkamų ligų žymiai mažesnis, nei mūsų šalyje. Todėl siekiant efektingai panaudoti prevencijai skiriamus pinigus 2011 m., pasitelkiant visuomenės sveikatos specialistus ir mokslininkus, planuojama atlikti visų PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų prevencinių programų efektyvumo tyrimus. Tyrimo rezultatai turėtų atsakyti, kuriose programose įdedamos lėšos panaudojamos efektyviai, kuriose efektas galėtų ir turėtų būti didesnis. Atsižvelgiant į gautus rezultatus atitinkamai turės keistis programų finansavimas.

Trečias uždavinys

Vienas iš svarbiausių ambulatorinio gydymo veiksnių yra gydymas vaistais. Tik pradėjus racionaliai gydyti kompensuojamaisiais vaistais galima įgyvendinti vieną iš pagrindinių sveikatos reformos uždavinių – stacionarinio gydymo apimtį mažinti ir ambulatorinio gydymo plėtrą. Vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo, kaip vieno iš socialinės gerovės elementų, tikslas yra užtikrinti pacientams kokybišką, saugų, efektyvų gydymą vaistais. Vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimas neturi būti suprantamas kaip pacientų aprūpinimas kuo didesniu vaistų kiekiu, skiriant ir išleidžiant vis daugiau PSDF biudžeto lėšų, bet kaip racionalaus gydymo vaistais išlaidų kompensavimas. Vaistų skyrimas yra viena iš dažniausiai taikomų medicininės intervencijos rūšių:

95 proc. konsultacijų metu gydytojas paskiria vaistus (EURO-MED-STAT group), todėl labai svarbu įgyvendinti priemones užtikrinančias racionalų vaistų vartojimą.

Ligonių kasos dalyvauja kompensuojamųjų vaistų sąrašų sudarymo procese. Stebimos ir analizuojamos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams bei MPP, kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo, išdavimo ir išlaidų kitimas. Atliekami kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainynų ir jų pakeitimo projektų, siūlomų kompensuoti vaistų ir MPP įtakos PSDF biudžetui vertinimas.

Planuojama sudaryti sutartis dėl PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamiesiems vaistams valdymo. Tai padės valdyti išlaidų kompensuojamiesiems vaistams augimą bei mažinti ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais kainą.

Lietuvoje 2009 metais buvo kompensuojama apie 380 vaistų bendriniais pavadinimais ir 1760 vaistų prekiniais pavadinimais. Vaistų ambulatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti 2009 m. išleista 696 mln. litų.

Labai svarbu, kad būtų kompensuojamos įsigijimo išlaidos tik tų naujų vaistų, kurie yra efektyvūs ir turi didelę terapinę vertę. Didėjant išlaidoms kompensuojamiesiems vaistams ypač svarbu analizuoti vaistų vartojimo pokyčius, nes išlaidų vaistams augimas nedaro tiesioginės įtakos ambulatorinio gydymo kokybei. Todėl vertinant vaistų vartojimo pokyčius svarbu analizuoti vaistų suvartojimą pagal DDD (anglų k. *defined daily dosis*, PSO nustatyta vaisto dienos dozė).

Vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemoje labai svarbu yra įdiegti racionalaus vaistų vartojimo principus bei jų gydymo efektyvumo stebėseną.

Atstovaudamos draudžiamųjų ir apdraustųjų interesams ligonių kasos dalyvauja derybose dėl kompensuojamųjų vaistų kainų, sudaro sutartis su vaistų gamintojais dėl vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo apimties, rengia gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašus, kitus teisės aktus, reguliuojančius vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų kompensavimą.

Lietuvoje taip pat būtų tikslinga diegti priemones, kurios skatins gydytojus ir vaistininkus padėti pacientui įsigyti efektyvius vaistus už mažiausią kainą. 2011 m. ligonių kasų interneto svetainėje planuojama viešinti gydytojų, kurie skyrė vaistus nesilaikydami racionalaus vaistų skyrimo principų, sąrašus.

Siekiant, kad pacientams būtų užtikrintas racionalus ambulatorinis gydymas kompensuojamaisiais vaistais 2011 m. yra numatyti šie darbai:

1. Didinti lėtinių ligų gydymo išlaidų kompensuojamąją dalį, mažinti pacientų priemokas.
2. Dalyvauti rengiant ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašus.
3. Tobulinti ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašų keitimo tvarką vertinant vaistus pagal vaistų kainos ir efektyvumo santykį.
4. Įdiegti kompensuojamųjų vaistų suvartojimo stebėseną, kuri leis analizuoti gydymui skiriamų vaistų dienos dozių (DDD) kiekį 1000 statistinių gyventojų per dieną.
5. Analizuoti ir koreguoti vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemos netolygumus.
6. Nustatyti ambulatorinio gydymo vaistais kokybinius rodiklius bei juos įvertinti.
7. Analizuoti, ar vaistai skiriami pagal nustatytus reikalavimus.

Ketvirtas uždavinys

VLK vykdo apdraustųjų įsigytų ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP) kompensavimą, per ortopedijos įmones. Siekiama daugiau apdraustųjų aprūpinti aukštos kokybės OTP, užtikrinti apdraustųjų teisę pasirinkti jas gaminančią įmonę (toliau – įmonę), sudaryti įmonėms vienodas konkurencijos sąlygas, mažinti kompensacijos už savo lėšomis įsigytas OTP laukimo eiles.

Įgyvendindamos sveikatos priežiūros paslaugų gerinimo uždavinį ligonių kasos siekia pateisinti abiejų šalių (apdraustojo ir gamintojo) lūkesčius. Apdraustasis tikisi kuo greičiau gauti kompensuojamą ortopedijos gaminį ligai gydyti. Tinkamai pritaikyta ortopedinė priemonė neįgaliajam iš dalies, kartais – vos ne visiškai, kompensuoja negalią (tam tikrą defektą), grąžina prarastą funkciją, t.y. padeda reabilituoti, padidėja žmogaus galimybės savarankiškai apsistarnauti, nepriklausomai gyventi bei dirbti. Tai naudinga ne tik jam pačiam, bet ir valstybei, o gamintojas tikisi greičiau gauti kompensaciją už pateiktą gaminį.

2011–2013 m. siekiant tobulinti OTP skyrimo tikslumą, kartu – ir efektyvų kompensavimui skiriamų lėšų panaudojimą, numatoma:

- parengti OTP bazinių kainų nustatymo metodiką, siekiant tobulinti OTP kainodaros sistemą, t.y. mažinti trumpo naudojimo priemonių, pagamintų iš mažiau patvarių medžiagų ir reikalingų mažesnių darbo sąnaudų, bazinę kainą bei perskaičiuoti OTP, gaminamų iš patvarių medžiagų, bazines kainas. Tai leis pagerinti sudėtingų ortopedijos gaminių prieinamumą apdraustiesiems bei subalansuoti PSDF biudžetą. Parengus metodiką, sekančiame etape bus atliekamas OTP bazinių kainų perskaičiavimas;

- reglamentuoti sutarčių su OTP gaminančiomis įmonėmis sudarymo tvarką ir sąlygas. Teisės aktas aiškiai reglamentuos ortopedijos įmonių paraiškų sudaryti sutartį dėl apdraustųjų aprūpinimo OTP priemonėmis. Nauja tvarka ir sąlygos padidins skaidrumą ir sudarys vienodas sąlygas gamintojams konkuruoti;

Tad išskiriami du pagrindiniai kokybiškos OTP kompensavimo veiklos kriterijai, kurie atspindi kompensavimo funkcijos esmę: kuo platesnis poreikių patenkinimas ir laukimo eilės už įsigytas OTP trumpėjimas. 2011–2013 m. darbai ir orientuoti į šiuos rodiklius.

II Programos tikslas

Pirmas uždavinys

Informacinės sistemos daro didelę įtaką visuomenės gyvenimui ir raidai, suteikia daugiau galimybių kiekvienam žmogui ir padeda taupyti laiką. Vykdam PSD buvo sukurta informacinė sistema „SVEIDRA“ (toliau – SVEIDRA), kurią dabar jau būtina modernizuoti ir tobulinti, taip pat keičiant ir SVEIDROJE kompiuterizuotą ASPĮ paslaugų ir vaistinių išduotų kompensuojamųjų vaistų apskaitą. Tobulinant SVEIDRĄ pirmiausia numatyta realizuoti šiuolaikines duomenų mainų technologijas su gydymo įstaigomis, kadangi dauguma gydymo įstaigų įsidiegė naujas informacines sistemas, galinčias naudoti pažangias duomenų mainų ir saugos technologijas. Antra labai svarbi kryptis – didinti asmens duomenų saugą. Ligoninių kasų veikla orientuota į žmogų, todėl siekiant

patogumo apdraustiesiems, paslaugų teikėjams ir kitiems ligonių kasų partneriams naudojama nemažai informacinių technologijų bei teikiamos viešosios elektroninės paslaugos.

Ligonių kasos planuoja šešių ligonių kasų interneto svetainių integraciją, kuri padėtų konsoliduoti informaciją ir sudarytų prielaidas ši šaltinių paversti patikima ir naudinga informacijos talpykla bei e. paslaugų vieta. Numatyta, kad svetainių integracijos metu visa informacija bus laipsniškai perkelta į nauju adresu internete (www.ligoniukasos.lt) kuriamą svetainę, tad vienoje vietoje bus galima rasti visą aktualią informaciją ir paieškos instrumentus (pvz., apie gydymo įstaigas). Plėtojant e. paslaugas, interneto svetainė turėtų peraugti į portalą, jos dalimi taptų intranetas, skirtas ligonių kasų vidinės komunikacijos poreikiams tenkinti.

VLK finansų valdymo ir apskaitos informacinė sistema skirta padėti VLK ir TLK, vadovaujantis reglamentuojančiais teisės aktais, vykdyti PSDF valdymą, užtikrinant Viešojo sektoriaus buhalterinės apskaitos ir finansinės atskaitomybės reformos įgyvendinimą, taikant Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standartus (toliau – VSAFAS) ir numatant VLK ir TLK kaip fondo administravimo įstaigų finansinės apskaitos bei PSDF finansinės apskaitos tvarkymo kaupimo principu, kartu pateikiant priemones biudžeto vykdymo ataskaitų sudarymui pinigų principu.

DRG (angl. Diagnosis Related Groups) yra Europoje ir kitur plačiai paplitęs atvejų grupavimu pagrįstas metodas, taikomas specializuotoms (daugiausiai stacionariems) paslaugoms klasifikuoti ir apmokėti. VLK yra įsigijusi Australijos giminingų diagnozių grupių (AR-DRG) klasifikacijos sistemą (versiją 6,0), sudarytą iš Australijos kodavimo klasifikacijos ir AR-DRG (paslaugų grupavimo) klasifikacijos. Paslaugų grupavimo ir apmokėjimo AR-DRG metodu programinę įrangą numatoma įdiegti aktyvaus gydymo stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose. Programinę įrangą numatoma įdiegti, realizuojant AR-DRG grupavimo sąsają su apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu ASPI atliktų intervencijų ir nustatytų diagnozių kodavimui naudojamais klasifikatoriais bei užtikrinant TLK-10 (Tarptautinės ligų ir sveikatos būklių klasifikacijos dešimtos redakcijos), vėliau TLK-10-AM (minėtos klasifikacijos Australijos modifikacijos), TLK-O (onkologinių ligų klasifikatoriaus) ir Australijos medicininių intervencijų klasifikacijos ACHI naudojimą.

Įgyvendinant 2004 m. balandžio 29 d. Europos Parlamento ir Europos Tarybos reglamentą Nr.883/2004 „Dėl socialinės apsaugos sistemų koordinavimo“ dalyvaujama kuriant pasikeitimo duomenimis tarp Europos Sąjungos šalių narių kompetentingų įstaigų sistemą (EESSI – *Electronic Exchange of Social Security Information*). Ši sistema leis užtikrinti greitesnį keitimąsi duomenimis apie paciento apdraustumą, suteiktas paslaugas, padės supaprastinti pacientų registravimo ir informavimo procedūras bei įgyvendinti paciento teisę į informaciją, kartu užtikrinant duomenų apsaugą. Europos Sąjungos narių valstybių ir Europos ekonominės bendrijos narių bendru susitarimu priimtas struktūrizuotų elektroninių dokumentų standartas, kuris ir yra pagrindas Informacinių sistemų sąveikumui įgyvendinti tarp nacionalinių draudimo įstaigų. Elektroninių duomenų mainų su Europos Sąjungos šalimis sistemą EDMIS numatoma diegti 2011–2013 metais.

Mauw

Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatyme paminėtas ir „vieno langelio“ principas. Viešojo administravimo institucijos įpareigotos juo vadovautis aptarnaudamos asmenis, nagrinėdamos jų prašymus ir skundus. Todėl ligonių kasų sistemoje buvo pradėtas diegti „vieno langelio“ principas. Vykdamas šį projektą bus įgyvendintas konsultacinis procesų optimizavimo projektas, kurio metu bus parengta „vieno langelio“ diegimo ligonių kasose galimybių studija ir įvertintos iki šiol teikiamos paslaugos. Taip pat numatoma įgyvendinti veiklos procesų optimizavimo, taikant informacines technologijas, projektą t.y. optimizuoti veiklos procesus ir išmokyti ligonių kasų specialistus valdyti projekto metu diegiamas priemones. Įsigijusios reikiamą programinę bei techninę įrangą, ligonių kasos bus pasirengusios taikyti „vieno langelio“ modelį aptarnaudamos šalies gyventojus, sutarčių partnerius, kitas institucijas.

Išanalizavus VLK ir TLK gaunamų skambučių statistiką (duomenis apie skambučių pasiskirstymą, problemų turinį, skambinimo intensyvumą ir pan.) bei įvertinus į skambučius atsakinėjančių darbuotojų skaičių, jiems tenkanti papildomą darbo krūvį, laiko ir kitas sąnaudas, taip pat siekiant efektyvesnio ir kokybiškesnio besikreipiančių asmenų aptarnavimo, 2011–2013 m. planuojama steigti skambučių centrą veikiantį „vieno skambučio“ principu. Vadovaujantis šiuo principu, numatoma įsteigti vieningą telefono numerį visai ligonių kasų sistemai. Šiuo numeriu gaunami skambučiai bus nukreipiami TLK pagal skambintojų grupes ir regionus. Telefonu bus atsakoma į visus besikreipiančiųjų klausimus 12 valandų, vėliau – 24 valandas per parą.

Siekiant užtikrinti reikiamą VLK valdomų elektroninių duomenų saugos lygį bei įgyvendinant Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos nurodymus planuojama įdiegti vieningos vartotojų autorizacijos sistemą, apimančią autorizaciją kompiuterių tinklo lygmenyje.

Teikiant kuo daugiau viešųjų paslaugų taupomas apdraustųjų ir draudžiamųjų laikas, pinigai, užtikrinamas operatyvumas. Informacinių technologijų dėka operatyviai keičiantis duomenimis tarp kompetentingų institucijų (VMI, Darbo birža, SODRA ir t.t.) sutaupomas laikas, gaunama tikslesnė, operatyvesnė ir patikimesnė informacija.

Antras uždavinys

Ligonių kasų informavimo tikslas: didinti visuomenės informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo sistemos garantuojamą asmens sveikatos priežiūrą ir ligonių kasų vaidmenį sveikatos priežiūros sistemoje.

Šiam tikslui įgyvendinti 2011 m. numatoma efektingiau informuoti apdraustuosius ir draudžiamuosius bei plėtoti bendradarbiavimą su apdraustaisiais ir medikų bendruomene. Gyventojams nepakanka informacijos ir apie PSD sistemą, sveikatos paslaugų finansavimą. Ligonių kasoms svarbu, kad Lietuvos gyventojai turėtų gerą supratimą ne tik apie ligonių kasų veiklą, bet ir apie sveikatos paslaugų finansavimo principus. Tam reikia panaudoti tinkamus informavimo būdus ir priemones.

Siekdamos veiksmingiau informuoti visuomenę ir didesnės informavimo aprėpties, ligonių kasos daugiau dėmesio skiria didžiausių tikslinių grupių – pacientų ir vaistų pirkėjų – informavimui jų preferencinėmis priemonėmis – spaudiniais, platinamais gydymo įstaigose ir

M. M.

vaistinėse. 2011 m. numatyta išleisti du leidinius: vienas leidinys skirtas vaistų pirkėjams apie racionalų vaistų vartojimą ir kompensuojamųjų vaistų skyrimo, išdavimo, kompensavimo tvarką. Kitas leidinys skirtas pacientams, jame pateikiama informacija apie PSDF lešomis finansuojamas paslaugas, teises ir kt. Strateginiame plane numatyti prioritetai taip pat sudaro prielaidas didinti ligonių kasų kaip institucijos žinomumą bei visuomenės informuotumą apie PSDF lešomis finansuojamas sveikatos paslaugas.

Dabar VLK interneto svetainėje skelbiami visi teisės aktai ir teisės aktų projektai, susiję su privalomuoju sveikatos draudimu. Taip pat skelbiami atsakymai į apdraustųjų ir draudžiamųjų dažniausiai pateikiamus klausimus, taip siekiant sumažinti skambučių srautą ir suprantamai pateikti teisinę informaciją, iliustruojamą konkrečiais pavyzdžiais.

Interneto svetainėje apdraustieji randa informacijos, skiriamos įvairioms tikslinėms grupėms – apie prevencinių programų finansavimą ir jų vykdymo pusmečio bei metų rezultatus, taip pat ASPĮ ir vaistinių bei kitų įmonių ir įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ir TLK, kontrolės pusmečio ir metų rezultatus, informacijos apie apdraustųjų teisę gauti medicinos pagalbą Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse, apie Europos sveikatos draudimo kortelės teikiamas garantijas, apie ES šalyse suteiktos būtinosios medicinos pagalbos išlaidų kompensavimą, galiojančias pacientų priemokas bei mokesčius ir kt.

Norint pagerinti ligonių kasų veiklą ir priimti sprendimus, kurie padėtų tinkamai atstovauti apdraustųjų interesams, svarbu ne tik juos informuoti bei šviesti, bet ir užmegzti nuolatinis darbinis ryšius su apdraustųjų bei kitų sveikatos apsaugos sistemos dalyvių atstovais.

Ligonių kasos siekia daryti įtaką visuomenės ir tikslinių grupių elgesiui sveikatos sistemoje ir parodyti PSD naudą. 2011–2013 m. ligonių kasos, siekdamos geriau informuoti visuomenę ir užmegzti su ja dialogą, įgyvendins toliau pateikiamoje lentelėje nurodytas priemones:

Nr.	Priemonės pavadinimas	Paaiškinimas	Tikslinė grupė
1	Ligonių kasų ženklų sistemos naudojimas visose visuomenės informavimo priemonėse siekiant didesnio ligonių kasų atpažįstamumo	Ligonių kasų ženklai turi būti naudojami visose ligonių kasų ir jų informavimo partnerių, kur talpinama ligonių kasų informacija, priemonėse	Visos tikslinės grupės
2	VLK ir TLK interneto svetainių integravimas į svetainę www.ligoniukasos.lt	Planuojama integruoti 6 veikiančias interneto svetaines į vieną – www.ligoniukasos.lt , siekiant teikti vieningą informaciją visos Lietuvos mastu	Visos tikslinės grupės
3	Spaudiniai ir leidiniai	Teminiai spaudiniai ir leidiniai, rengiami pagal tikslinių grupių poreikius, planuojami metiniuose planuose	Pacientai, vaistų pirkėjai, medikai
4	Renginiai	Numatoma organizuoti renginius dialogui su visuomene plėtoti: tai konferencijos, susitikimai, seminarai, kuriuose dalyvautų medikų, pacientų organizacijų, suinteresuotųjų institucijų atstovai, paslaugų teikėjai	Medikų, pacientų organizacijos, suinteresuotosios institucijos

Nr.	Priemonės pavadinimas	Paiškinimas	Tikslinė grupė
5	Ryšiai su žiniasklaida	Pranešimai žiniasklaidai, spaudos konferencijos	Visuomenė, žiniasklaida
6	Radijas ir televizija	Dalyvavimas laidose	Visuomenė, apdraustieji ir draudžiamieji
7	Informavimo kampanijos	Kaip numatyta metiniuose planuose	Visuomenė
8	Privalomojo sveikatos draudimo rėmimo programų bei rėmėjų (savanorių) judėjimo	Parengti rėmimo programų ir savanorių subūrimo ir veiklos koncepciją, padėti tokiam judėjimui susikurti	Visos tikslinės grupės
9	Kitos priemonės	Pagal poreikį	Pagal poreikį

Dar viena 2011-2013 m. strateginė kryptis – vidinės komunikacijos tarp VLK ir TLK stiprinimas, siekiant harmonizuoti visuomenei teikiamos informacijos turinį ir užtikrinti priemonių įvairovę bei prieinamumą visuose Lietuvos regionuose.

Iki privalomojo sveikatos draudimo įmokos atskyrimo gyventojai mažai domėjosi sveikatos draudimo įmoka, nes ji buvo „užmaskuota“ kituose gyventojų mokamuose mokesčiuose. 2010 m. deklaruojant gyventojams savo pajamas, paaiškėjo, kad apie 200000 (6-7 proc.) Lietuvos gyventojų per 2009 m. nesumokėjo PSD mokesčio. Todėl visuomenėje kilo diskusijos, iš kurių paaiškėjo, kad didžioji gyventojų dauguma nesupranta PSD mokesčio prasmės ir būtinybės. Visuomenei būtinas švietimas, o taip pat tam tikra visuomeninė kontrolė, kad PSD mokesčių mokėtų visi gyventojai, o ASPĮ neliktų jokių galimybių gauti sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams, kurie nemoka mokesčių ir pan. Tokį švietimą ir visuomeninę priežiūrą galėtų atlikti suburtas visuomeninis judėjimas – PSD rėmėjai (savanoriai). Todėl ligonių kasos 2011 m. numato parengti tokių savanorių subūrimo ir veiklos koncepciją. Vėliau ligonių kasos padės tokiam judėjimui susikurti ir, jeigu reikės, pradžioje koordinuos jo veiklą. Tokio sveikatos draudimo rėmimo programų bei rėmėjų (savanorių) judėjimo atsiradimas ir veikla bus svarus visuomenės pilietiškumo ugdymas, kuris padės ir sprendžiant kitas problemas, pavyzdžiui, mažins korupcijos pasireiškimus sveikatos sistemoje.

Trečias uždavinys

VLK yra pavesta sukurti ir valdyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą. Šis registras bus laikomas sukurtu nuo jo priėmimo ir tinkamumo eksploatuoti akto patvirtinimo.

Įgyvendinamas Draudžiamųjų registro sukūrimo, įdiegimo ir priežiūros projektas. Pagrindiniai šio projekto tikslai:

- užtikrinti privalomojo sveikatos draudimo administravimo funkcijas, registruojant ir centralizuotai kaupiant informaciją apie draudžiamuosius ir apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu;
- įgyvendinti apdraustumo patikrinimo sistemą, aprūpinant tikslią informaciją;

- siekti gerinti apdraustųjų aptarnavinimą ir tobulinti apdraustųjų apskaitos veiklą, taupant VLK išteklius bei racionaliau ir efektyviau naudojant VLK turimus resursus.

Draudžiamųjų registro diegimas užtikrins galimybę VLK automatinio būdu iš registro nuostatuose numatytų duomenų šaltinių registruoti draudžiamuosius, rinkti, kaupti, apdoroti, sisteminti ir saugoti registro duomenis bei, kas yra labai svarbu, operatyviai atnaujinti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų draustumo laikotarpių duomenis. Neturint aktualios informacijos bei tikslaus draudžiamųjų, ypač valstybės lėšomis draudžiamųjų asmenų skaičiaus, nėra galimybės gydymo įstaigoms tinkamai ir teisingai nustatyti asmens draustumą. Todėl Draudžiamųjų registro sukūrimas ir įdiegimas tiesiogiai užtikrins PSDF biudžeto nuostolių sumažinimą.

III Programos tikslas

Pirmas uždavinys

Nors Lietuvos gyventojai turi galimybę pasirinkti gydytoją ir gydymo įstaigą, tačiau sveikatos priežiūros netolygumai pagal atskirus šalies regionus ir atskiras savivaldybes yra gana akivaizdūs. Deja, jie nėra giliai išanalizuoti, todėl 2011 m. bus atliekama sveikatos priežiūros netolygumų analizė, remiantis, pirmiausia, SVEIDRA duomenis. Įvertinus gautus rezultatus bus tobulinama finansavimo formulė, atsižvelgiant į paslaugų vartojimą. Siekiama, kad nepriklausomai nuo to, kokioje savivaldybės žmogus gyvena, jam būtų sudarytos vienodos galimybės ir panašus sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas bei prieinamumas.

Siekdamos kuo racionalesnį PSDF biudžeto lėšų administravimo ir didindamos paslaugų apmokėjimo efektyvumą ligonių kasos 2011 m. numato parengti PSDF biudžeto lėšų skirstymo tvarkos metodiką.

Kiekvienų metų pradžioje VLK taip pat rengia ateinančių trejų metų PSDF biudžeto prognozės projektą: prognozuoja ateinančių metų valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamųjų asmenų (toliau – VLDA) skaičių, apskaičiuoja valstybės biudžeto įmokos, mokamos už šiuos asmenis, dydį, prognozuoja kitas PSDF biudžeto pajamas bei išlaidų poreikį. 2011 metais bus rengiamas 2012–2014 m. PSDF biudžeto prognozės projektas.

Metų eigoje Finansų ministerijai pateikus informaciją apie maksimalią valstybės biudžeto įmokų ir asignavimų sumą, numatomą pervesti į PSDF biudžetą ateinantiems metams, buvo rengiamas ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybai teikiamas derinti PSDF biudžeto projektas. 2011 m. PSDF biudžeto projektas kaip ir ankstesnių metų projektai buvo svarstomas Lietuvos Respublikos Vyriausybėje ir Lietuvos Respublikos Seime. Lietuvos Respublikos Seimas pritarė 2011 m. PSDF biudžeto projektui.

Administruojant PSDF biudžeto lėšas labai svarbu planavimo, vykdymo ir apskaitos procesų valdymas. Todėl siekiant gerinti PSDF biudžeto lėšų administravimą 2011–2013 m. numatoma tobulinti PSDF biudžeto planavimo tvarkos aprašą. Įgyvendinant praktikoje šio aprašo nuostatas, jas ir toliau numatoma tobulinti išsprendžiant praktikoje kylančias problemas. Reglamentuojant PSDF biudžeto planavimo procesą taip pat siekiama jį optimizuoti, į procesą